

豊能町産後ケア事業利用申請書

年 月 日

豊能町長あて

下記のとおり、豊能町産後ケア事業の利用を申請します。

申請者 (利用者)	ふりがな 氏名		生年月日	年 月 日		
	住所	豊能町	電話			
	緊急連絡先	氏名	申請者との関係			
		住所	電話			
	出産日	年 月 日		在胎週数	週 日	
	ふりがな 児の氏名 (多胎は併記)		性別	男・女	出生体重	g
	出産 医療機関名					
世帯構成 (上記申請者以外の者)	氏名	続柄	生年月日			
			年 月 日 (歳)			
			年 月 日 (歳)			
			年 月 日 (歳)			
			年 月 日 (歳)			
希望するサービス	<input type="checkbox"/> 宿泊型 <input type="checkbox"/> 日帰り型	希望日				
利用申請理由	<p>・申請理由について、当てはまるものに<input checked="" type="checkbox"/>をいれてください。</p> <p><input type="checkbox"/> 出産後の体調に不安や不良があり、休養を取りたいため。</p> <p><input type="checkbox"/> 育児について不安があり、授乳や沐浴等の相談や指導を受けたいため。</p> <p><input type="checkbox"/> 家事・育児等の日常生活を行うことが難しいため。</p> <p><input type="checkbox"/> その他</p> <p>・現在、お母さんが感じる体調不良や不安は、具体的にどのようなことですか。</p> <p>()</p> <p>・過去に大きな病気、または現在内服中・通院中の病気はありますか。</p> <p><input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ()</p>					
減免申請※	<p>※該当の方のみご記入ください。</p> <p><input type="checkbox"/> 町民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯</p>					
同意欄	<p>1. 豊能町産後ケア事業の利用にあたり、豊能町が協力医療機関等に対して必要な個人情報を提供すること、及び医療機関等が豊能町に対して必要な個人情報を提供すること。</p> <p>2. 豊能町が豊能町産後ケア事業に係る審査に必要な範囲において、申請者及び同一世帯人員の町民税課税状況等について調査・閲覧し、当該調査で確認できない場合は申請者が必要な書類を提出すること。</p> <p>3. 利用決定後、利用日をやむを得ず変更またはキャンセルする場合は、すみやかに当該施設に連絡をすること。</p> <p>4. キャンセル料が発生した場合は、キャンセル料を当該施設に支払うこと。</p> <p>5. 利用に係る自己負担金を協力医療機関等に対して支払うこと。</p> <p>上記1～5について、同意いたします。</p> <p>年 月 日 申請者氏名</p>					